



APPLICATION FOR CARRIER'S LIABILITY INSURANCE

ใบคำขอเอาประกันภัยความรับผิดของผู้ขนส่ง
(ในกรณีบริษัทรับจ้างขนส่งเป็นผู้เอาประกันภัย)

CARRIER

Name of Assured ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย: <i>(Include all subsidiary firms to be insured)</i> Address ที่อยู่:													
Telephone หมายเลขโทรศัพท์:	eMail อีเมล:												
Number of Years in Business จำนวนปีที่ดำเนินธุรกิจ:	Contact ชื่อผู้ติดต่อ:												
Describe Nature of Assured's Business อธิบายลักษณะธุรกิจของผู้ขอเอาประกันภัย:													
Name of Agent/Broker ชื่อตัวแทน/นายหน้า: Telephone หมายเลขโทรศัพท์:													
Period of Insurance ระยะเวลาเอาประกันภัย (โปรดระบุวันเริ่มต้นคุ้มครอง): <input type="checkbox"/> แบบกำหนดเวลา เริ่มวันที่ เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น. ขอบเขต <input type="checkbox"/> ภายในอาณาเขตประเทศไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ เส้นทางขนส่ง <input type="checkbox"/> แบบขนส่งเฉพาะเที่ยว จาก ถึง													
Description of Cargo <i>(attach pictures or catalogs, if available)</i> อธิบายสินค้าที่ต้องการเอาประกันภัย (แนบรูปถ่ายหรือแคตตาล็อกสินค้า หากมี):													
Packing of Goods How is the goods packed and protected? ลักษณะการบรรจุหีบห่อสินค้า โปรดอธิบายให้ละเอียด:	<input type="checkbox"/> Containerized เข้าตู้คอนเทนเนอร์ <input type="checkbox"/> Non-Containerized ไม่เข้าตู้คอนเทนเนอร์												
Estimated Annual Turnover มูลค่าการขนส่งตลอดทั้งปี:													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #00FFFF;"></th> <th style="background-color: #FF00FF;">Amount จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estimated Annual Turnover มูลค่าการขนส่งตลอดทั้งปี</td> <td style="text-align: right;">บาท</td> </tr> <tr> <td>Average Value per Shipments/Conveyance มูลค่าเฉลี่ยในการขนส่งต่อเที่ยว/ต่อหนึ่งยานพาหนะ</td> <td style="text-align: right;">บาท</td> </tr> <tr> <td>Maximum Value per Shipment/Conveyance มูลค่าสูงสุดในการขนส่งต่อเที่ยว/ต่อหนึ่งยานพาหนะ</td> <td style="text-align: right;">บาท</td> </tr> <tr> <td>Number of Shipments per month จำนวนเที่ยวในการขนส่งต่อเดือน</td> <td style="text-align: right;">เที่ยว/เดือน</td> </tr> <tr> <td>Number of Shipments per year จำนวนเที่ยวในการขนส่งต่อปี</td> <td style="text-align: right;">เที่ยว/ปี</td> </tr> </tbody> </table>			Amount จำนวน	Estimated Annual Turnover มูลค่าการขนส่งตลอดทั้งปี	บาท	Average Value per Shipments/Conveyance มูลค่าเฉลี่ยในการขนส่งต่อเที่ยว/ต่อหนึ่งยานพาหนะ	บาท	Maximum Value per Shipment/Conveyance มูลค่าสูงสุดในการขนส่งต่อเที่ยว/ต่อหนึ่งยานพาหนะ	บาท	Number of Shipments per month จำนวนเที่ยวในการขนส่งต่อเดือน	เที่ยว/เดือน	Number of Shipments per year จำนวนเที่ยวในการขนส่งต่อปี	เที่ยว/ปี
	Amount จำนวน												
Estimated Annual Turnover มูลค่าการขนส่งตลอดทั้งปี	บาท												
Average Value per Shipments/Conveyance มูลค่าเฉลี่ยในการขนส่งต่อเที่ยว/ต่อหนึ่งยานพาหนะ	บาท												
Maximum Value per Shipment/Conveyance มูลค่าสูงสุดในการขนส่งต่อเที่ยว/ต่อหนึ่งยานพาหนะ	บาท												
Number of Shipments per month จำนวนเที่ยวในการขนส่งต่อเดือน	เที่ยว/เดือน												
Number of Shipments per year จำนวนเที่ยวในการขนส่งต่อปี	เที่ยว/ปี												

Limit of Liability จำนวนเงินจำกัดความรับผิด:		
<input checked="" type="checkbox"/>	จำนวนเงินจำกัดความรับผิดรวม (ต่อกรมธรรม์)	บาท
<input checked="" type="checkbox"/>	จำนวนเงินจำกัดความรับผิดต่อการเรียกร้องหรือต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	บาท
<input checked="" type="checkbox"/>	จำนวนเงินจำกัดความรับผิดต่อหนึ่งยานพาหนะ	บาท
Type of Vehicle/Vehicle Plate Number to be insured ประเภทยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่ง/หมายเลขทะเบียนรถที่เอาประกันภัย:		
<input type="checkbox"/>	รถกระบะ 4 ล้อ จำนวน	คัน หมายเลขทะเบียน
<input type="checkbox"/>	รถบรรทุก 6 ล้อ จำนวน	คัน หมายเลขทะเบียน
<input type="checkbox"/>	รถบรรทุก 10 ล้อ จำนวน	คัน หมายเลขทะเบียน
<input type="checkbox"/>	รถพ่วง 10 ล้อ จำนวน	คัน หมายเลขทะเบียน
<input type="checkbox"/>	รถหัวลาก/รถลากจูง จำนวน	คัน หมายเลขทะเบียน
<input type="checkbox"/>	อื่นๆ โปรดระบุ	
Safety Procedure for transit มาตรฐานความปลอดภัยสำหรับการขนส่งสินค้า เช่น การฝึกอบรมพนักงานขับรถ การตรวจสอบระดับแอลกอฮอล์พนักงานขับรถก่อนการขนส่ง การบำรุงดูแลรักษาสภาพรถให้อยู่ในสภาพดีก่อนทำการขนส่ง เป็นต้น:		
<input type="checkbox"/>	Yes มี โปรดระบุ (พร้อมแนบเอกสาร)	
<input type="checkbox"/>	No ไม่มี เหตุใดจึงไม่มี	
Requested Deductible ความรับผิดส่วนแรกที่ร้องขอ:		
Name of Present Insurer ชื่อผู้รับประกันภัยรายปัจจุบัน: Coverage ความคุ้มครอง: Premium Rate อัตราเบี้ยประกันภัย:		
Name of Present Agent/Broker ชื่อตัวแทนหรือนายหน้ารายปัจจุบัน:		
Loss Experience over the last four years เบี้ยประกันภัยและประวัติความเสียหาย ที่เกิดขึ้น 4 ปีย้อนหลัง:		
Year ปีที่เกิดเหตุ	Paid Loss Amount มูลค่าความเสียหายที่ได้รับชดใช้แล้ว	Outstanding Losses มูลค่าค่าสินไหมที่ยังอยู่ระหว่างพิจารณา
	บาท	บาท
	บาท	บาท
	บาท	บาท
	บาท	บาท
Describe Principal Nature of Loss (<i>specify major losses</i>) อธิบายลักษณะและความเสียหายหลัก (<i>ระบุถึงเหตุการณ์ความสูญเสียครั้งใหญ่</i>):		
Describe Provinces Involved in Losses ระบุชื่อจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับความเสียหาย:		

Remarks หมายเหตุเพิ่มเติม:	
Required Documents เอกสารที่ต้องใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัย:	
✓ ตัวอย่างสัญญามาตรฐานของผู้ขนส่งที่มีต่อผู้ส่งสินค้า	✓ ตัวอย่างสัญญาของผู้ขนส่งที่มีต่อผู้ส่งสินค้าที่แตกต่างจากสัญญามาตรฐาน
<p>I/We consent to the Insurers, to use and disclose this information to the Office of Insurance Commission (OIC) for the purpose of regulating the Insurance Industry. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>	
_____	_____
Signature of Applicant ลายมือชื่อ	Date วันที่
<p>Warning : OFFICE OF INSURANCE COMMISSION The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The Company has the right to void the contract and refuse claims according the Civil Commercial Code Section 865.</p> <p>คำเตือนสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกประการ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้</p>	

ข้อมูลที่สามารถให้ที่สุด ย่อมทำให้บริษัทฯ สามารถเสนอเงื่อนไขและอัตราเบี้ยประกันภัยที่ดีที่สุด

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ โทร. (02) 649-1431, (02) 649-1435, (02) 649-1437 แฟกซ์ (02) 649-1436 หรือ
 นัทชนัน พรสุขจันทรา Email: natchanan.pornsukjantra@aig.com (โทร. 02-649-1431)
 ดาราณี เสมสมญาดี Email: daranee.semsomyat@aig.com (โทร. 02-649-1435)
 ลัดดาวัลย์ ตันติพงษ์มณีกุล Email: laddawan.tantipongmaneekul@aig.com (โทร. 02-649-1437)